

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935. — N° 110

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES DYSTOCIES
PAR BRIÈVETÉ NATURELLE ET ACCIDENTELLE
DU CORDON OMBILICAL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 16 Janvier 1935

PAR

Raymond LASSERRE

Né à LEMBEYE (Basses-Pyrénées), le 6 février 1905

Examinateurs de la Thèse	{	MM. PERY, professeur	Président.
		PAPIN, professeur	Juges.
		JEANNENEY, professeur. ..	
		FAUGÈRE, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSION

6. Place Saint-Christoly

1935

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935. — N° 110

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES DYSTOCIES

PAR BRIÈVETÉ NATURELLE ET ACCIDENTELLE
DU CORDON OMBILICAL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 16 Janvier 1935

PAR

Raymond LASSERRE

Né à LEMBEYE (Basses-Pyrénées), le 6 février 1905

Examineurs de la Thèse

MM. PERY, professeur	<i>Président.</i>
PAPIN, professeur	<i>Juges.</i>
JEANNENEY, professeur. ..	
FAUGÈRE, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR

6. Place Saint-Christoly

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURÈ, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS,
SEILLIER, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	DUPÉRIE.	Médecine expérimentale.....	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale.....	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale et gynécologique.....	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUILH.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	GREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale).
R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie.....	DUBÉCO.	Chirurgie générale.....	CHARRIER.
id.....	DUFOUR.	id.....	LOUBAT.
Physiologie.....	FABRE.	Ob tétrique.....	RIVIÈRE.
Médecine générale.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Oto-rhino-laryngologie.....	DES-PONS.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DE GAULLEY.	Physique médicale.....	WANGERMEZ.
id.....	FONTAN.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

MM.			MM.
Physiologie.....	FABRE.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Pharmacie chimique.....	VITTE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET.		

Ophtalmologie..... MM. CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.
N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MA GRAND-MERE

MADAME GUILHOT

A MON PERE

A MA MERE

A MES SOEURS

A MON FRERE

AU DOCTEUR EDOUARD SOULE

Chef de travaux pratiques de physiologie à la Faculté.

Au nom de l'amitié qui nous unit.

MEIS ET AMICIS

AU DOCTEUR GABRIEL PERY

Chef de clinique à la maternité Boursier.

Qui nous a donné les indications
essentielles pour notre ouvrage.

AU DOCTEUR MAHON

Ancien Chef de clinique à la maternité Boursier.

Qui a bien voulu nous signaler des
observations intéressantes pour notre
ouvrage.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FAUGERE

*Chargé du Cours complémentaire de puériculture,
Officier de l'Instruction publique.*

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTE

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. PERY

*Accoucheur des Hôpitaux,
Chirurgien en chef de la Maternité,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de notre thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES DYSTOCIES

PAR BRIÈVETÉ NATURELLE ET ACCIDENTELLE
DU CORDON OMBILICAL

HISTORIQUE

Les anciens, et en particulier Hippocrate, avaient remarqué qu'un cordon trop court pouvait porter préjudice soit à la grossesse, soit à l'accouchement. Mais il faut arriver presque à nos jours pour voir les auteurs s'occuper réellement de la question.

C'est, en effet, Philippe Peu qui, en 1694, en fait le premier une description détaillée et la considère « comme une des plus épineuses difficultés qui a de quoi tromper la prudence des plus habiles et mettré à bout la main la plus expérimentée dans la pratique ». Cet auteur fait aussi le premier la distinction entre la brièveté naturelle et la brièveté accidentelle : « sa longueur, quoique raisonnable ou même excessive, lui donne occasion de se mêler ou de s'embarrasser parmi les parties de l'enfant. »

Il ajoute : « De là vient une infinité de postures différentes qui le forcent à se mettre dans cet état de gêne et de contrainte où il est dans l'impuissance de faire aucun effort

pour se retirer de sa prison ou dans le risque de s'étrangler quelquefois et de tout rompre s'il en fait, ou du moins dans le besoin d'être aidé d'ailleurs du secours d'une main adroite qui le dégage des liens de son cordon, sans quoi ses efforts seraient vains. »

De La Motté et Mauriceau, en 1713 et en 1721, s'occupèrent de la question et firent valoir l'importance de certains signes.

Burton, en 1771, parle pour la première fois de la section du cordon lorsque la tête est retenue dans les voies génitales par des circulaires.

Leroux, en 1776, signale des hémorragies consécutives à la brièveté du cordon.

Puzos, en 1759, et Baudelocque, en 1789, devinrent, surtout ce dernier, les chefs d'une nouvelle école : pour eux, la crainte des anciens auteurs n'était pas fondée; les signes décrits n'avaient aucune valeur; le fameux signe d'avance et de retrait de la tête fœtale doit être, à leur avis, rattaché non à la brièveté du cordon, mais à l'élasticité du périnée et des grandes lèvres de la femme. D'ailleurs, Baudelocque, sur la fin de sa vie, reconnut ses torts.

Mme Lachapelle, Garnier, Nœgelé, pensent qu'avant la sortie du fœtus il est impossible de reconnaître l'anomalie.

Guillemot, en 1850, reprend le signe de va-et-vient de la tête fœtale en le considérant comme pathognomonique s'il s'accompagne de douleur localisée au point d'insertion de la masse placentaire.

Devilliers, en 1862, décrit d'autres signes, qu'il met en valeur : persistance de l'élévation du fond de l'utérus, rénitence utérine, souffle ombilical.

Grynfelt, en 1882, dans sa thèse, montra la difficulté qu'il y avait à faire la version par manœuvres externes.

Rousseau-Dumarcet, en 1892, décrit dans sa thèse quelques cas de décollement du placenta normalement inséré dus à la brièveté du cordon.

La thèse de Leray, en 1893, contribue, par une étude approfondie de la brièveté du cordon, à mettre à jour les notions

déjà étendues sur ce chapitre; les statistiques créées par Leray sont devenues classiques. Les thèses de Joy en 1896, de Cayrol en 1904, de Camus en 1926, fournissent sur la question des détails intéressants.

Récemment, l'Ecole de Bordeaux a fait entrer l'opération césarienne dans la thérapeutique des complications dues à la brièveté du cordon.

LONGUEUR MOYENNE DU CORDON BRIEVETE NATURELLE — BRIEVETE ACCIDENTELLE

I. — *Brièveté naturelle.*

Tout d'abord quelle est la longueur moyenne du cordon ombilical?

Tous les auteurs là-dessus sont à peu près d'accord : le cordon ombilical chez l'enfant né à terme mesure en moyenne de 45 à 60 centimètres; en dehors de ces mesures, il est pour ainsi dire admis que le cordon est court ou long. Larcher, dans sa thèse intitulée : *De la longueur du cordon ombilical* (Toulouse, 1907), trouve comme moyenne générale 552 mm. 55 sur 3.974 accouchements.

Voici d'autres moyennes intéressantes :

Baudelocque donne 541 à 595 millimètres;

Nœgelé, 48 à 54 centimètres;

Chailly, 45 à 50 centimètres;

Cazeaux, 54 à 59 centimètres;

Schroder, 50 centimètres.

Pour tous les auteurs aussi, le cordon apparaît à la fin du premier mois de la gestation; Tarnier affirme que le cordon est complètement formé à cette époque.

Ollivier, dans l'article « OEuf humain », du *Dictionnaire médical*, dit que la longueur du cordon dans le tiers moyen de la grossesse est supérieur à la taille du fœtus, tandis qu'à terme il l'égale à peu près.

Certains auteurs, comme Velpeau, ont donné comme règle générale que la longueur du cordon égalait celle du fœtus en la dépassant de peu.

Malgouyré prétendait que la longueur du cordon était en raison inverse de son volume.

Pour Larcher, la taille de la femme, qui avait été invoquée par des auteurs, n'a pas d'influence sur la longueur du cordon; au contraire, il a trouvé bon nombre de femmes de taille au-dessous de la moyenne qui accouchèrent de fœtus ayant des cordons de 60 centimètres et plus, et inversement quand il s'agissait de femme de haute taille. Pour lui, à la suite de ses recherches personnelles, il semble qu'il existe un rapport entre la taille du fœtus, le poids du placenta et la longueur du cordon.

Le docteur Young, d'Edimbourg, a recueilli une observation qui semble prouver la prédisposition naturelle de la mère : on y voit, en effet, que la mère accoucha deux fois de fœtus ayant le cordon court (0 m. 250 et 0 m. 275).

Le grand nombre de théories prouve la difficulté d'expliquer ces différences de longueur du cordon d'une façon nette.

Pour la question qui nous occupe, c'est-à-dire en ce qui concerne la brièveté du cordon, nous ne serons pas loin de la vérité quand nous affirmerons qu'un cordon est court quand sa longueur ne dépasse pas 43 à 44 centimètres.

La brièveté du cordon est considérée comme rare ou comme fréquente, selon qu'il est question ou de cordons excessivement courts ou, au contraire, de cordons qui ont un peu moins de 45 centimètres.

Nous donnerons ici la statistique de Leray, qui s'établit sur 10.457 cordons, à laquelle bien des auteurs se rapportent, parce que devenue classique :

- 2 cordons mesurant de 10 à 14 cm. (1/5.000);
- 13 cordons mesurant de 15 à 19 cm. (1/800);
- 19 cordons mesurant de 20 à 24 cm. (1/500);
- 71 cordons mesurant de 25 à 29 cm. (1/160);
- 211 cordons mesurant de 30 à 34 cm. (2/100);
- 416 cordons mesurant de 35 à 39 cm. (4/100);
- 984 cordons mesurant de 40 à 44 cm. (10/100).

D'après Sarolf, les cordons mesurant de 30 à 45 centimètres ont comme fréquence 8,3 p. 100.

Le cordon le plus court qu'ait vu :

Devilliers = 28 centimètres;

Tarnier = 14 centimètres;

Leray = 10 centimètres;

Mayroyre = 6 cm. 7;

Sclafer = 10 millimètres.

Dans nos recherches personnelles sur un millier d'accouchements (année 1933, Hôpital Boursier, service de M. le Professeur Andérodias) les plus courts sont deux cordons ayant 22 centimètres (qui, soit dit en passant, n'ont amené aucun trouble lors de l'accouchement), nous avons trouvé en outre :

2 cordons de 25 centimètres;

3 cordons de 30 centimètres;

1 cordon de 32 centimètres.

Nous citerons l'observation (obs. I) d'un cas de dystocie avec cordon de 18 centimètres et une autre observation (obs. XVII) d'un cas de dystocie de 8 centimètres.

OBSERVATION I.

(MM. ANDÉRODIAS et MAHON, *Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux*, année 1933, p. 292.)

Césarienne basse pour dystocie par brièveté absolue du cordon dans un bassin légèrement rétréci. — Cordon : 18 centimètres.

Mme G..., II-pare de 22 ans, est amenée en travail à terme à l'Hôpital André-Boursier, le 20 novembre 1932. La première gestation s'est terminée en 1930 par l'accouchement spontané, après quatorze heures de période de dilatation et trente minutes de période d'expulsion, d'un enfant de 2 kg. 900, avec bipariétal de 8,9. Mort à 3 mois de broncho-pneumonie.

Actuellement, la parturiente arrive dans le service après trente-quatre heures de travail. La dilatation est complète; les membranes sont rompues; la tête est élevée, débordant légèrement; une volumineuse bosse séro-sanguine descend dans l'excavation; le bassin est aplati (P.S.P., 10,8). Les bruits du cœur fœtal sont bons.

Devant une pareille absence d'engagement, après une épreuve de travail aussi poussée et le bassin étant légèrement rétréci, on a recours sans hésitation à l'opération césarienne basse. Celle-ci est exécutée sous rachianesthésie, suivant la technique habituelle, et ne présente pas de difficultés.

Mais dès que l'enfant (une fille de 3 kg. 620 avec bipariétal de 9,5) est extrait de l'utérus, on a quelque peine à le placer sur le champ qui recouvre les cuisses de la mère. Il est, en effet, retenu par le cordon, qui mesure 18 centimètres de longueur totale. L'opération est terminée sans incident. Les suites sont apyrétiques; la mère et l'enfant quittent le service en parfait état le dix-neuvième jour.

Quant à l'absence complète de cordon, Leray dit « qu'on ne peut l'indiquer qu'avec la plus grande réserve; les observations prises par les anciens praticiens remontent à une époque très éloignée; leur attention paraît être portée principalement sur l'absence d'ombilic et les vices de conformation du fœtus; ils ne sont point assez préoccupés d'éliminer le placenta »; il cite plusieurs observations, dont voici la plus typique.

OBSERVATION II.

(Citée par LERAY, *Gazette des hôpitaux*, 23 oct. 1856.)

Absence totale du cordon, avec insertion vicieuse du placenta sur le col de l'utérus.

Femme forte, bien portante, cinquième accouchement, les quatre autres normaux. La sage-femme avait senti, à travers le col entrouvert, une masse molle, qu'elle prenait pour du placenta; pas d'hémorragie.

Une consultation de plusieurs médecins fut faite. Six heures avant, la poche des eaux s'était rompue. L'orifice de la matrice était ouvert, et le fond du vagin était rempli par un corps mou, épais, ayant tous les caractères du placenta. En faisant passer le doigt en avant et à gauche, à travers l'orifice, on sentait les côtes, et, à droite et en arrière, la paroi abdominale.

On pouvait contourner cette masse libre et mobile, qui adhérait seulement à son centre, au corps du fœtus, dans une étendue de 4 centimètres.

En avançant lentement la main, on parvint, quoique péniblement, à un genou, qui servit à faire l'extraction sans la moindre difficulté.

L'enfant était à terme et très petit. Dans le dos existait une tumeur hydro-rachitique volumineuse, et sur son ventre le placenta de grandeur normale, se trouvait collé par son centre sur l'ombilic. Pas de vestige du cordon. Les couches furent normales.

Mende, cité par Cazeaux, rapporte l'observation d'un fœtus, dont le cordon était si court qu'il semblait adhérer au placenta par l'abdomen.

Dans la *Gazette des hôpitaux* de septembre 1866, on expose le cas d'absence complète de cordon.

II. — *Brièveté accidentelle.*

Quand le cordon, tout en ayant une longueur normale, ou même excessive, s'enroule une ou plusieurs fois autour du cou, du tronc, des membres du fœtus, en formant des circulaires plus ou moins serrés, il peut arriver que la distance qui sépare le dernier circulaire de l'attache du placenta est inférieure à la longueur normale de la tige funiculaire. Telle est la définition que donne Tarnier de la brièveté accidentelle du cordon.

Les circulaires sont assez fréquents dans la pratique. Les

statistiques concordent sensiblement sur ce point : habituellement on rencontre 1 cas de circulaire sur 6 accouchements.

Mayer donne, comme moyenne, 1 sur 5,2 accouchements;

Haake, 1 sur 6,2 accouchements;

Nœgelé, 1 sur 5,2 accouchements;

Depaul, 1 sur 5,3 accouchements.

C'est au cou du fœtus que se trouvent le plus souvent les circulaires; on y rencontre jusqu'à 3, 4 circulaires, rarement au-dessus. Voici la statistique de Larcher sur la fréquence du nombre de circulaires, et qui a été bâtie sur 3.974 accouchements :

1 cas de 5 tours avec cordon de 50 centimètres;

2 cas de 4 tours avec cordon de 60 et 84 centimètres;

17 cas de 3 tours avec cordon de 76 centimètres en moyenne;

48 cas de 2 tours avec cordon de 68 centimètres en moyenne.

Nous donnerons quatre observations à ce sujet (obs. III, IV, V, VI). A remarquer que dans les observations V et VI, les cordons, quoique présentant des circulaires, ont par eux-mêmes une brièveté naturelle assez marquée (35 et 33 centimètres).

OBSERVATION III.

(Docteur MAHON.)

Lenteur du travail. — Dilatation artificielle.

Application de forceps difficile. — 3 circulaires très serrés.

Primipare, 21 ans. Accouchement le 28 février 1934, forceps à la partie haute de l'excavation, après dilatation artificielle sur un col à petite palmaire. Descente laborieuse. Seconde prise de forceps, mais la tête remonte à la partie haute de l'excavation. Nou-

velle prise de forceps : descente très pénible; l'enfant naît avec 3 circulaires très serrés. Mort de l'enfant au bout de vingt-quatre heures.

OBSERVATION IV.

(Hôpital André-Boursier, Service du Professeur ANDÉRODIAS,
14 déc. 1932.)

Forceps dans l'excavation pour souffrance fœtale.
Double circulaire très serré. — Cordon : 55 centimètres.

Marie de la V..., 37 ans, II-pare.
Première grossesse en 1930. Avortement de 3 mois.
Deuxième grossesse normale.
Début du travail le 14 décembre 1932, à 19 heures.
Durée de la période de dilatation : dix-huit heures trente.
Dilatation complète à 13 h. 30, le 15 décembre 1932.
Extraction fœtale à 1 h. 30, le 16 décembre 1932, pour souffrance fœtale.
La malade perd les eaux spontanément à 13 h. 30, le 15 décembre 1932, en dilatation complète. Le liquide est teinté de méconium. Les bruits du cœur fœtal, qui étaient normaux jusque-là, deviennent lents et soufflés. On fait rapidement une application de forceps au D. S. Circulaire double très serré; l'enfant naît vivant et crie aussitôt. Cordon : 55 centimètres.

OBSERVATION V.

(Hôpital André-Boursier, Service du Professeur ANDÉRODIAS,
8 sept. 1932.)

Dilatation manuelle sous rachianesthésie. — Forceps
dans l'excavation. — Circulaire double du cordon.
Cordon : 35 centimètres.

Marcelle V..., I-pare.
Présentation du sommet.
Début du travail le 8 septembre 1932, à 3 heures.

Température pendant le travail, 37°7.

Rupture des membranes précoce, le 8 septembre, à 3 h. 30.

La malade entre en salle le 8 septembre 1932, à 7 h. 30, ayant perdu les eaux au début du travail.

A 10 heures, la dilatation est entrée à 5 francs; la tête reste fixe au D. S.; la dilatation arrive progressivement entre 5 francs et petite palmaire, où elle reste indéfiniment, cependant que la tête franchit le détroit supérieur. La température s'élève progressivement de 36°6 à 37°7. A 10 heures, la malade fatiguée, on décide d'intervenir sous rachianesthésie : dilatation manuelle; application de forceps. Dégagement sans déchirure du périnée.

Fœtus de 3 kg. 340 avec circulaire double d'un cordon de 35 centimètres.

OBSERVATION VI.

(Hôpital-Maternité de Pellegrin, Service du Professeur PÉRY,
8 août 1933.)

Anomalie de la dilatation. — Application de forceps en D. T. — Dilatation manuelle sous chloroforme. — 1 circulaire serré autour du cou. — Hémorragie de la délivrance. — Cordon : 33 centimètres.

I-pare de 30 ans. Envoyée par sa sage-femme, parce que le travail est stationnaire depuis le matin.

Entrée dans le service le 8 août 1933, à 8 heures; bassin normal; orifice utérin dilaté comme petite palmaire, mais un peu oedémateux. Sommet engagé. Bruits du cœur fœtal un peu ralentis et irréguliers. Utérus constamment tendu (1 centigramme de morphine).

A 10 h. 30, la situation n'a pas changé. Sous chloroforme, on complète manuellement la dilatation. Forceps en D. T. : descente et rotation; 1 circulaire serré autour du cou. Enfant de 3 kg. 500 un peu étonné, mais ranimé facilement.

Quarante-cinq minutes après la délivrance, on trouve l'utérus sous les fausses côtes; par expression, on chasse 800 grammes de sang liquide et de caillots.

Il existe dans les archives des cas qui ont été signalés et où le nombre de tours était très élevé :

Rouzé, Bailey, N. Campbell, ont vu des cas de 6 tours;
Baudelocque a vu un cas de 6 tours;
Mme Waldvogel a vu un cas de 8 tours;
Crédé a vu un cas de 8 tours;
Gray a vu un cas de 9 tours.

Nous citerons pour curiosité l'observation relativement récente d'un cas de circulaire de 6 tours autour du cou, compliqué d'un circulaire en écharpe sous le bras droit.

OBSERVATION VII.

(MM. VORON et MOREL, de Lyon, *Bulletin de la Société obstétricale et gynécologique*, p. 184, 1926.)

Brièveté relative du cordon.

Sur un cas de brièveté relative de 6 circulaires.

Mme Z..., 26 ans, I-pare, arrive dans le service le 19 mai, à 16 h. 30. Amenée par une sage-femme en raison d'une petite hémorragie survenue le matin.

Présentation O. I. G. A. Dilatation à 1 franc. On rompt artificiellement les membranes, et il s'écoule un liquide brun-chocolat.

Les douleurs deviennent expulsives le 20, vers 5 h. 30. A ce moment, on a l'impression que la tête est retenue, car elle exécute pendant plus d'une heure et demie des mouvements de va-et-vient. Le dégagement s'effectue cependant sans incident.

L'enfant, mort, présente 6 circulaires très serrés et 1 circulaire en écharpe passant sous le bras droit.

Les circulaires autour du tronc se rencontrent moins souvent. Ils s'accompagnent ordinairement de circulaires autour des membres, mais il y a en même temps circulaire autour du cou le plus souvent. Une particularité à ce sujet,

est le cas d'un cordon passant sous le pelvis du fœtus qui se présente par le siège littéralement à cheval sur le cordon. Les observations citées par les auteurs sont assez nombreuses.

D'après Brindeau, dans 93 p. 100 des cas, il s'agit de circulaires autour du cou.

Dans les cas de grossesse gémellaire univitelline à amnios unique, on observe souvent l'enroulement de deux cordons soit entre eux, soit autour des parties fœtales (Kustsner-Newmann).

Scaizoni et Van Laur rapportent des cas d'enroulement indescritibles.

Chauteuil, dans sa thèse d'agrégation, cite un cas compliqué observé par le Professeur Trélat.

Pour notre part, nous rappellerons un cas observé et publié par le Docteur Doléris, et ce sera une occasion dans notre ouvrage de prononcer le nom de ce grand accoucheur, puisque nous avons ceci de commun, lui et moi, d'être nés tous deux dans la même localité, où il vit actuellement dans la retraite.

OBSERVATION VIII (Résumée).

(D^r DOLÉRIS, *Journal des sages-femmes*, 1879.)

Notes sur un cas singulier d'enroulement du cordon ombilical.

Vers la mi-février, une femme, en travail depuis trois jours, se présente avec un bassin d'une étroitesse telle que, de l'avis de M. Lucas-Championnière, la céphalotripsie est fortement indiquée...

Une fois sectionnée, la tige funiculaire, maintenue dans sa disposition première avec la plus grande précaution, nous offre l'exemple d'une série remarquable d'enroulements qu'il nous paraît intéressant de rapporter.

Le fœtus présente les extrémités inférieures repliées sur l'abdomen, de telle façon que les deux pieds sont entrecroisés : le gauche en avant du droit, ayant la face plantaire tournée à droite et en avant; le droit appliqué sur le ventre, en arrière du cou-de-pied gauche, sa face plantaire tournée à gauche et en avant.

Le cordon, fortement tendu, se porte de l'ombilic directement en bas et, par un premier demi-circulaire, entoure les deux jambes au niveau du cou-de-pied et les applique fortement l'une contre l'autre. Arrivé à la face dorsale du pied gauche, il passe entre la région malléolaire interne du même côté et la malléole externe de la jambe droite, et contourne le cou-de-pied droit d'avant en arrière en lui formant un anneau dont les deux chefs viennent s'entrecroiser en avant. Le chef terminal, de là, va croiser le premier circulaire pour se porter en arrière, sur la face malléolaire externe droite et remonter jusqu'au devant du cou-de-pied gauche. Il descend ensuite en avant et remonte en arrière en enveloppant de nouveau l'extrémité des deux jambes dans une deuxième anse à concavité supérieure, qui se termine par le bout placentaire. Cette dernière portion mesure à peine 8 à 10 centimètres de longueur. Elle passe entre la jambe et l'abdomen fœtal.

En définitive, le fœtus était dans une situation telle que, se présentant par le sommet et ayant les membres inférieurs étroitement ligotés, il devait se trouver nécessairement suspendu par les pieds à la masse placentaire au moyen d'une tige très courte.

Beaucoup d'auteurs se sont demandé quelles étaient les causes de ces circulaires. Ils ont invoqué tour à tour le petit volume de l'enfant qui fait que le cordon est relativement plus long proportionnellement; les mouvements exagérés et surtout quotidiens de la mère (Kearn, Mme Boivin), les mouvements exagérés du fœtus et la grande quantité du liquide amniotique.

La longueur exagérée du cordon est, sans contredit, celle qui a le plus d'influence. Tous les auteurs semblent l'affirmer.

Dans la statistique de Larcher que nous avons reproduite plus haut, il semble que plus il y a de circulaires plus la longueur du cordon augmente. Mais, malheureusement, il n'est pas rare de trouver des cordons assez courts ayant un et même deux circulaires (consulter à cet effet les observations V et VI), ce n'est donc pas une loi rigoureusement exacte; les moyennes seules donnent raison à cette loi.

Hohl parle de la tendance qu'aurait le fœtus à regarder son placenta; ce qui fait que s'il lui tourne le dos tout d'abord, il se retournera ensuite pour lui faire face, d'où circulairé.

Rouzé parle des prédispositions maternelles.

Sheibert prétend que la longueur exagérée du cordon ne saurait agir que lorsqu'elle s'accompagne du petit volume du fœtus et de la grande quantité des eaux de l'amnios. Le cordon enroulé sur le segment inférieur à la façon d'un cordage de navire, les circulaires se formeraient au moment de l'expulsion, la tête passant à travers les anneaux. Cela n'explique pas les circulaires qu'on rencontre lors d'une opération césarienne.

Neugebauer explique les circulaires par le phénomène suivant : ceux-ci seraient dus à ce que le cordon, en se développant, prend la forme d'un arc qui entoure le fœtus une ou plusieurs fois, suivant sa longueur.

Il semble, étant donné le nombre excessif d'explications que les auteurs ont fournies pour ce qui concerne le mode de formation des circulaires, que beaucoup de facteurs interviennent, et que parmi eux la longueur exagérée du cordon et les mouvements actifs du fœtus y entrent pour une bonne part.

PHYSIO-PATHOLOGIE

Donc, même en admettant avec les auteurs qu'à part quelques exceptions ce sont les cordons les plus longs qui produisent les circulaires, il peut arriver, malgré cela, que parfois la partie libre qui part de l'insertion placentaire à ce premier circulaire est trop courte pour permettre au fœtus de parcourir la distance qui sépare l'utérus de la vulve, et même dans des cas beaucoup plus rares pour lui permettre d'évoluer librement dans l'utérus.

Ainsi, les dangers que cette brièveté apporte à l'accouchement et plus rarement à la grossesse peuvent être très grands. Si l'on pense que l'on rencontre 1 cas de circulaire sur 6 accouchements, et que les dystocies par cordons courts sont de l'ordre de 1 sur 500 accouchements, il n'y a pas lieu de s'alarmer outre mesure. « Il n'est pas cependant trop malheureux, disait Jacquemier, que dans les cas de longueur exagérée du cordon, il y ait des circulaires, car ceux-ci peuvent empêcher de se produire une procidence qui pourrait avoir lieu avec un cordon de longueur exagérée. »

On a cherché à évaluer mathématiquement la longueur minimum nécessaire pour que la grossesse d'abord, l'accouchement ensuite, évoluent sans accident.

Ces mesures ont été évaluées avec une rigueur mathématique par Leray, élève de Tarnier.

La distance du fond de l'utérus à la vulve peut être évaluée à :

- 32 centimètres avant l'accouchement;
- 20 centimètres après l'accouchement.

Le fond de l'utérus et l'insertion placentaire s'abaissent donc de 12 centimètres pendant l'expulsion. Ainsi il faut que la tige funiculaire ait au moins 20 centimètres, mais il convient d'ajouter à cette longueur les 7 centimètres qui représentent la distance de l'ombilic à l'anus du fœtus, plus quelques centimètres pour laisser un peu de jeu afin que l'expulsion soit faite aisément, ce qui fait 30 centimètres pour une présentation du sommet. Pour une présentation du siège, il faut ajouter aux 20 centimètres qui représentent la distance du fond de l'utérus à la vulve, une longueur égale à la distance qui va de l'ombilic au sommet de la tête fœtale, soit 23 centimètres, ce qui fait largement plus de 40 centimètres.

Ceci s'applique aux cordons dont la brièveté est naturelle; mais quand les circulaires entrent en jeu, d'autres facteurs interviennent; les circulaires du cordon ont pour effet de raccourcir, et il se produit une brièveté relative qui dépend de la longueur absolue du cordon et du nombre de circulaires. Voici, d'après Leray, quelles seraient les différentes longueurs absorbées par les circulaires : une anse simple mesure 12 centimètres; un circulaire simple, 20 centimètres; un circulaire autour de la cuisse, 15 centimètres; autour du bras, 10 centimètres; autour du tronc, 32 centimètres. Suivant la variabilité de la nature et du nombre des circulaires et suivant la longueur du cordon, celui-ci pourra se réduire à une longueur de 25 à 30 centimètres, et moins, qui deviendra trop courte pour permettre la libre sortie du fœtus.

Ces mesures, établies d'une façon rigoureuse par Leray, dont nous donnons un aperçu, auraient leur juste valeur si d'autres facteurs n'intervenaient pas; en effet, le cordon est extensible; sous l'influence de 500 grammes, il s'allonge en moyenne de 1 centimètre par décimètre.

De plus, le placenta s'insère, non pas au fond de l'utérus, mais sur la paroi latérale, plus près par conséquent de l'orifice vulvaire. De plus, un cordon trop court peut être sec-

tionné dès qu'il apparaît à la vulve, et comme l'accouchement, quand il s'agit d'un sommet, est quasi terminé lorsque l'ombilic apparaît, il n'y aura pas d'accident; quand il y a circulaire très serré, même opération, le circulaire est sectionné, et l'accouchement peut être rapidement terminé. Quand c'est le siège qui se présente à cheval sur le cordon, il convient à ce moment de le rabattre par-dessus la cuisse fœtale, ou même de le sectionner, si la première solution est impossible, entre deux ligatures, pour finalement terminer l'accouchement le plus rapidement possible, sans trop tirer sur le cordon, ce qui pourrait entraîner des désordres graves.

Il semble qu'aujourd'hui les auteurs n'attachent plus autant d'importance à ces mesures trop rigoureusement établies; en effet, il est à remarquer que ce ne sont pas à coup sûr les cordons les plus courts qui doivent obligatoirement entraîner des dystocies; tels cordons mesurant 20 centimètres et même moins peuvent ne pas retentir sur la marche de la grossesse et de l'accouchement, alors même qu'un cordon moyennement court peut apporter des troubles même graves.

Nous citons l'observation d'un cas de brièveté absolue du cordon qui n'a entraîné aucune dystocie.

OBSERVATION IX.

(M. Jules-M. ROUVIER, *Société d'obstétrique et de gynécologie*, année 1924, p. 35.)

*Brièveté absolue du cordon. — Accouchement normal.
Survie de l'enfant.*

La nommée P... (J.), épouse R..., âgée de 18 ans, entre à l'hôpital le 2 novembre, en cours de travail.

Rien n'est à retenir sur ses antécédents héréditaires et personnels. Elle a été réglée à 14 ans et, depuis lors, sa menstruation a toujours été parfaitement régulière. Mariée à 17 ans, elle n'accuse ni grossesse ni avortements antérieurs.

Sa grossesse a évolué normalement : cependant, au cours des deux derniers mois, il y a eu une abondante leucorrhée.

A l'examen, le volume de l'utérus révèle une grossesse à terme; le bassin est normal. On note une présentation du sommet en O. I. G. A. non engagée, mais fortement fixée. Le segment inférieur est formé; le col est dilaté comme 2 francs. Les bruits du cœur fœtal sont bons.

Les douleurs se succèdent à intervalles assez rapprochés. A 20 h. 15, la poche des eaux se rompt, c'est alors seulement que la dilatation se réalise; une heure après, expulsion d'un fœtus de 2 kg. 420 en excellent état; le travail a duré dix-sept heures quinze. A 21 heures, le placenta est expulsé, se présentant par le bord; quant au cordon, son insertion est latérale; il ne mesure que 0 m. 24. En examinant les membranes, on ne note qu'un placenta prævia latéral.

Dans cette observation, on s'aperçoit que la doctrine de Leray, qui a estimé à 30 centimètres la longueur nécessaire pour le cordon en vue de l'expulsion normale, est battue en brèche; c'est que d'autres phénomènes interviennent; dans l'observation IX, il s'agissait de placenta prævia; dans d'autres observations, on peut noter l'insertion latérale du cordon sur le placenta, ce qui, si celle-ci est à la partie basse, peut contribuer à la marche normale de l'accouchement, même si le cordon est plus court que ne le voudraient les lois de Leray. Donc les dimensions énoncées par Hyrth et Winckel, de 23 à 25 centimètres, semblent plus près de la vérité.

Quand il s'agit de brièveté accidentelle, on peut noter la même terminaison heureuse, même dans des cas où les lois de Leray devraient s'appliquer à coup sûr; en effet, voici une observation où l'on note, pour un cordon de 73 centimètres, un quadruple circulaire; or, d'après Leray, un circulaire égale 20 centimètres; il n'est pas difficile de conclure que l'accouchement est *a priori* impossible, mais en lisant l'observation, on s'aperçoit que la terminaison s'est effectuée presque normalement.

OBSERVATION IX *bis* (Résumée).

(M. Jules-M. ROUVIER, *Société d'obstétrique et de gynécologie d'Alger*, année 1924, p. 34.)

Quadruple circulaire cervical. — Souffrance fœtale pendant le travail. — Application de forceps.

La nommée R... (M.), épouse G..., âgée de 41 ans, entre en salle Dubois, le 6 novembre 1923, au terme de sa grossesse.

A l'examen, on note un utérus volumineux, comme à la fin du neuvième mois. Le fœtus se présente par le sommet en O. I. G. A., ni engagé ni fixé. Les bruits du cœur fœtal sont bien entendus. Au toucher, le segment inférieur apparaît en formation. Le bassin est ample. Le 8 novembre, à 3 h. 30, apparaissent les premières douleurs. Cinq heures après, la poche des eaux se rompt, donnant issue à un liquide amniotique fortement teinté de méconium. On constate que le sommet est fixé sans être engagé. La dilatation est de 5 francs. Les bruits du cœur fœtal, perçus à gauche, sont bien frappés. Les douleurs se succèdent à intervalles rapprochés et sont énergiques. A 10 heures, la dilatation est complète, la tête s'engage profondément et termine son processus de descente. Malgré la rapidité du travail, les bruits s'assourdissent et semblent ralentis; on termine l'extraction par application de forceps : on note un quadruple circulaire du cordon, irréductible et serré, que l'on sectionne entre deux pinces. A 10 h. 5, on achève l'extraction du fœtus, du poids de 3 kg. 060, qui naît étonné, mais qui est assez rapidement ranimé. Le cordon mesure 0 m. 73.

Dans d'autres cas, il semblerait, en appliquant les lois de Leray, que dans tel accouchement dystocique pour brièveté du cordon, celui-ci, dans sa partie libre (s'il s'agit de brièveté accidentelle), devrait mesurer moins de 30 centimètres; or, en examinant l'observation qui suit, on s'aperçoit que cette partie libre mesurait plus de 30 centimètres.

OBSERVATION X.

(Hôpital Boursier, Service du Professeur ANDÉRODIAS,
28 mai 1933.)

Longueur du travail. — Circulaire très serré.

Application de forceps.

Mme M..., 23 ans, IV-pare.

Première grossesse : Accouchement normal.

Deuxième grossesse : Présentation de l'épaule.

Troisième grossesse : Accouchement normal.

Quatrième grossesse : Normale. Accouchement le 28 mai 1933.

Examen :

Tête à droite;

Dos à droite;

Auscultation à droite positive.

Après une période de dilatation laborieuse, vingt-deux heures, la tête s'engage au détroit supérieur. Après une heure de poussée, les douleurs diminuent; les bruits du cœur sont bons; la tête étant en haut de l'excavation, on fait 1 centimètre cube d'hypophyse; la tête descend à la partie moyenne de l'excavation en se mettant en O. I. D. T.; bruits du cœur irréguliers et sourds.

On termine par une application de forceps en D. T. Extraction facile de la tête : circulaire très serré du cordon, qu'on sectionne. Cordon : 60 centimètres.

Un circulaire, d'après Leray, mesure 20 centimètres; il reste 40 centimètres, qui auraient dû être grandement suffisants pour que l'accouchement normal se fasse, surtout chez une multipare ayant accouché déjà deux fois normalement. Nous donnerons une autre observation, où, malgré une brièveté absolue du cordon (33 centimètres), l'accouchement aurait dû se terminer heureusement, sans dystocie, toujours d'après les lois de Leray.

OBSERVATION X bis.

(M. V. RASCOL, *Société d'obstétrique et de gynécologie de Toulouse*, 1926, p. 544.)

Brièveté absolue du cordon.

Mlle X..., I-pare, 43 ans. Rien à signaler dans les antécédents. Grossesse normale. Premières douleurs le 26 mai, à 8 heures. On constate alors : sommet engagé en O. I. D. P.; auscultation fœtale, +. A 17 heures, disparition brusque des bruits du cœur fœtal. Je vois la malade quarante minutes après, et je constate : H. U., 34. Sommet profondément engagé en O. I. D. P. L'auscultation étant négative depuis plus d'une demi-heure et n'ayant pas constaté de procidence, je déclare que l'enfant est mort, qu'il n'y a qu'à attendre, que tout se passera normalement. Je suis appelé le lendemain 27 mai, à 10 heures, parce que la dilatation est complète depuis 8 heures et que l'expulsion traîne. En effet, périnée très résistant (I-pare, 43 ans). Je termine alors par une application de forceps en O. I. D. P. Contrairement à ce que j'avais cru, pas de circulaire; vingt minutes après, hémorragie de la délivrance. Délivrance artificielle, placenta inséré au fond de l'utérus, près de la corne droite. Poids de l'enfant : 3 kg. 800. Placenta : 680 grammes. Cordon : 33 centimètres.

Malgré ces exemples, les cas où vraiment il faille à coup sûr incriminer la brièveté du cordon sont en très petit nombre. En effet, le diagnostic, nous le verrons par la suite, est fait le plus souvent « après la bataille », et, de plus, si ce diagnostic, par bonheur, est fait en temps voulu, c'est-à-dire avant l'expulsion, faut-il irrémédiablement accuser *a priori* cette brièveté des désordres qui surviennent ? Car, parmi les symptômes que l'on observe, aucun n'est vraiment pathognomonique.

SYMPTOMATOLOGIE

I. — *Influence de la brièveté du cordon sur la grossesse.*

Tarnier a dit : « A moins d'une brièveté excessive, la grossesse ne présente rien d'anormal. »

Les symptômes décrits par les auteurs sont nombreux.

Celui qui semble être le plus souvent observé est le fait que la femme éprouve de « violentes douleurs » localisées, soit à l'utérus, soit aux reins. Mauriceau et Devilliers sont les premiers qui ont attiré l'attention sur ce symptôme. Devilliers l'a constaté huit fois sur 25 accouchements personnels, et dont la date d'apparition a varié de plusieurs semaines à quelques jours ou heures avant le vrai travail. Nous donnons ici une observation qui nous a paru typique, puisque, ces douleurs ayant été constatées pendant la grossesse, l'accouchement a nécessité une application de forceps, par suite de brièveté du cordon.

OBSERVATION XI.

(M. GAY, *Société d'obstétrique et de gynécologie*, année 1929, p. 334.)

Dystocie par brièveté du cordon.

Mme L..., 1-pare, 25 ans. Grossesse normale; à signaler cependant que pendant les deux derniers mois cette malade ressentait des douleurs au niveau du bord gauche de l'utérus, comparables, disait-elle, à des tiraillements. Un examen, pratiqué la veille de l'accouchement, donne les renseignements suivants : H. U., 34; O. I. G. T. mobile.

En raison de ce défaut d'engagement, le bassin étant normal, nous prévenons le mari de la présence possible de deux circulaires du cordon.

Début du travail le 28 décembre 1926, à 4 heures. A midi, la tête est engagée en O. I. G. A., mais encore élevée. Dilatation de 2 centimètres. Douleurs fortes, avec points douloureux à gauche. La dilatation se fait rapidement; à 15 heures, elle est complète. Cependant, l'extrémité céphalique ne descend pas sur le périnée, et bientôt les bruits du cœur se ralentissent. Nous décidons de pratiquer une application de forceps. A ce moment, le cœur bat à 60. La prise est faite, mais la descente est pénible et nécessite des tractions énergiques. Après dégagement en O. P., la tête reste plaquée à la vulve; il n'existe cependant pas de circulaires. Le dégagement du tronc et des épaules est laborieux. Quand l'ombilic apparaît à la vulve, on voit le cordon très tendu attirant fortement l'ombilic cutané. Section rapide entre deux pinces. Enfant étonné, 3.800 grammes, facilement ranimé. Le cordon mesure 28 centimètres. Le placenta sort sous l'expression légère : sa face utérine est couverte en partie de caillots foncés, adhérents, paraissant indiquer un début d'hémorragie rétroplacentaire, probablement survenue au cours des manœuvres d'extraction du fœtus.

En dehors des cas qui nous occupent, ces douleurs se rencontrent très souvent; de plus, c'est un phénomène trop subjectif pour lui accorder quelque valeur. Le Professeur Depaul a été jusqu'à dire que « certaines femmes ont le triste privilège d'éprouver des douleurs de rein à toutes leurs grossesses ».

Guillemot, Ossiander, Wigand, ont montré que les mouvements du fœtus, déterminant une traction sur le cordon, entraînent une douleur au point d'insertion placentaire; dans l'observation que nous venons de citer, il semble que ce symptôme s'y rencontre.

Le palper, pendant la grossesse, peut apporter des renseignements; la présentation est sentie nettement au-dessus du détroit supérieur; elle est parfois très mobile, ou, au contraire, fixe. Le rapport étroit du fœtus et de la masse placentaire peut établir des adhérences, chose qui a été signalée; tous ces signes sont sujets à caution; nous n'y insistons pas.

La difficulté de faire la version par manœuvre externe est un symptôme signalé par tous les auteurs depuis que Lefour, de Bordeaux, le premier, y attira l'attention. La brièveté du cordon en était pour lui une contre-indication.

Le Professeur Durand a affirmé que les circulaires peuvent fort bien glisser pendant la version.

Budin insiste sur les accidents qui sont à craindre, surtout pour la vie du fœtus.

Le vice de présentation du fœtus : Dumeau affirme qu'entre un cordon court et une présentation de l'épaule, il y a une relation de cause à effet.

Zeller, Osslander, Yoerg, cités par Kohlschrater, admettent le contraire et disent que la présentation de l'épaule, par exemple, est cause de la brièveté.

Compagnon, dans sa thèse de doctorat, ayant examiné toutes causes de présentations du siège, de l'épaule et de la face observées pendant une durée de sept ans, conclut différemment que Dumeau, c'est-à-dire n'admet pas la brièveté comme cause de présentation vicieuse.

C'est aussi l'avis de Cayrol. Pour nous, en passant en revue les observations, nous avons conclu que les présentations du sommet étaient beaucoup plus nombreuses. Nous avons cependant trouvé une observation que nous avons jugé utile de présenter. Il s'agit d'une présentation de siège chez une femme ayant accouché déjà normalement d'un enfant de 4 kilos.

OBSERVATION XII.

(Maternité de Pellegrin, Service du Professeur PÉRY, 31 janv. 1933.)

Présentation du siège décomplété mode des fesses. — Grande extraction. — Forceps en tête dernière. — 3 circulaires du cordon.

Première grossesse normale à 24 ans : Accouchement normal d'un enfant de 4 kilos.

Deuxième grossesse normale.

Arrive à la Maternité le 31 janvier 1933, à 9 h. 30. Œuf ouvert. Dilatation de 5 francs. Stationnaire depuis plusieurs heures. Gros fœtus se présentant par le siège, S. I. G. A. Bruits du cœur réguliers, contracture utérine, 1 centigramme de morphine. La dilatation progresse peu. Vers 12 heures, sous chloroforme, abaissement du pied antérieur. On attend les effets d'expulsion. Vers 12 h. 30, le siège se dégage avec expression utérine. On abaisse facilement les bras. Sa tête se défléchit et on doit manuellement, après flexion, la faire descendre et tourner. Section du cordon pour éviter tiraillement aux 3 circulaires serrés autour du cou. Par une application de forceps basse, on termine le dégagement. Gros enfant de 3 kg. 700, facilement ranimé. Cordon : 73 centimètres.

Les irrégularités des battements du cœur fœtal, le souffle ombilical isochrone au pouls fœtal, sont autant de symptômes qui ont été décrits.

Kennedy, Nœgelé fils, Depaul et Charrier attribuèrent ce souffle ombilical à l'entortillement du cordon autour du cou et à la compression des vaisseaux qu'il contient. Charrier ajoute que ce souffle est symptomatique des circulaires. Mais Tarnier et Chanteuil le nient et disent qu'il n'y a pas obligatoirement relation de cause à effet.

Ajoutons en terminant l'hémorragie pendant la grossesse, qui peut faire soupçonner la brièveté du cordon. Nous en reparlerons à propos du pronostic.

Tous ces signes ont leur valeur, surtout s'ils se présentent ensemble. Malheureusement, la brièveté du cordon ne peut être jamais affirmée pour deux raisons, c'est que, si elle existe, elle peut fort bien ne se manifester par aucun symptôme, et que ces symptômes, apparaissant nettement, ne peuvent que faire soupçonner l'anomalie pendant la grossesse.

II. — *Influence de la brièveté du cordon sur l'accouchement.*

Au moment du travail, des signes beaucoup plus nets apparaissent, et si, pendant la grossesse, la plupart des auteurs nient toute possibilité de reconnaître la brièveté du cordon, il n'en est plus ainsi durant le travail et l'accouchement.

Le signe qui paraît se rencontrer le plus souvent est la « lenteur du travail », associée quelquefois, mais non toujours, à d'autres signes que nous énumérons et qui en sont souvent la conséquence. Dans les observations que nous avons pu trouver, ce symptôme est le moins inconstant.

Malgré l'existence de contractions utérines fréquentes et qui devraient être efficaces, en l'absence de toute autre cause : bassin rétréci, présentation vicieuse, hydrocéphalie, etc., la marche du travail tire en longueur; souvent, après un commencement de dilatation, les douleurs, quoique vives encore, n'apportent presque aucun résultat. La dilatation est très longue à se faire, quelquefois la tête du fœtus peut ne pas s'engager; la dilatation, après un commencement normal, s'arrête brusquement; la descente du fœtus se fait difficilement; elle s'arrête et ne vient pas appuyer franchement sur le plancher périnéal : malgré la puissance de force, l'abaissement est limité. La rotation, surtout pour une position postérieure, n'a pas lieu; un commencement d'exécution se produit pendant la contraction, mais entre les douleurs l'occiput retourne en arrière.

Un signe que les auteurs ont signalé, ce sont les mouvements de descente et de retrait de la tête fœtale; il a été énoncé pour la première fois par Peu; Baudelocque ne l'admet pas, et ce mouvement, pour lui, est dû non à la brièveté du cordon, mais à l'élasticité du périnée et des grandes lèvres. Ce signe peut être ressenti au niveau du col qui, au toucher, s'efface pendant la contraction, et qui revient sur lui dans l'intervalle.

Cette lenteur du travail et ses conséquences peuvent reten-

tir soit sur la parturiente, soit sur le fœtus : des syncopes, des convulsions, qui ont été signalées par Peu, Mauriceau, de Lamothe, un état de faiblesse extrême, du côté de la mère; souffrance du fœtus, qui se manifeste par de l'arythmie, rejet du méconium, etc.

Nous citerons ici trois observations assez caractéristiques, où la lenteur du travail et ses conséquences ressortent d'une façon manifeste.

OBSERVATION XIII.

(Hôpital Boursier, service du Professeur ANDÉRODIAS, 29 déc. 1932.)

Dilatation artificielle sous rachianesthésie. — Forceps en détroit supérieur. — Circulaire. — Cordon : 45 centimètres.

Mme Florencia A..., I-pare. La malade entre au service le 29 décembre 1932, à 14 heures.

Le 30 décembre : à 7 heures, dilatation à 2 francs; à 12 h. 45, dilatation à 5 francs; à 17 h. 30, dilatation à petite palmaire.

Le 31 décembre, à 3 heures, dilatation à petite palmaire.

La rupture spontanée des membranes est précoce, le 30 décembre, à 12 h. 40, avec liquide amniotique normal.

Expulsion le 31 décembre, à 11 heures, après trente-cinq heures de durée de dilatation.

A ce moment, la dilatation était stationnaire, à petite palmaire depuis dix-huit heures environ, l'enfant donnant des signes de souffrance, on décide d'intervenir.

Rachianesthésie. Dilatation assez pénible, s'accompagnant de déchirures multiples du col, mais limitées à la portion intravaginale. Forceps en D. S., sur sommet bien fléchi en G. A. (presque directe).

Engagement, descente, rotation et dégagement faciles, sans déchirure du périnée, d'un enfant de 3 kg. 300, immédiatement ranimé, avec circulaire autour du cou.

OBSERVATION XIV.

(Hôpital André-Boursier, Service du Professeur ANDÉRODIAS,
30 déc. 1931.)

*Anomalie de la dilatation. — Circulaire du cordon.
Forceps sur tête mobile au détroit supérieur.*

Mme M..., I-pare, 28 ans.

Début du travail le 30 décembre 1931, à 21 heures.

Le 31 décembre : à 4 heures, dilatation à 1 franc; à 9 heures, dilatation à 5 francs.

Rupture artificielle des membranes, dilatation à 5 francs à 15 h. 30, le 31 décembre 1931.

Durée de la période de dilatation, trente-sept heures.

Durée de la période d'expulsion, une heure.

La dilatation se fait très lentement; le 31 décembre, à 15 heures, comme elle est stationnaire à 5 francs depuis plus de six heures, on rompt les membranes qui, forcément, se sont tendues au-dessus de l'orifice de dilatation. Malgré cela, celle-ci ne progresse que très lentement. Le 1^{er} janvier 1932, à 11 heures, on décide de terminer l'accouchement, qui dure depuis trente-sept heures (température, 37°4), méconium dans le liquide amniotique. La malade, après quelques efforts, n'a plus de douleurs. Au toucher, on a l'impression que le col n'oppose aucun obstacle à l'extraction; la tête paraît engagée. Sous anesthésie générale au chloroforme, le toucher profond montre que la tête, qui descendrait pendant la contraction, est remontée, et qu'elle est mobile en O. I. D. P. au détroit supérieur. La tête ne déborde pas du tout. L'enfant ne paraît pas volumineux, et le bassin, dont le promontoire n'est accessible que de très loin, ne paraît pas un obstacle sérieux. Puisque la malade est endormie, on décide de tenter une application de forceps, et si des tractions prudentes n'engagent pas la tête, de pratiquer immédiatement une césarienne basse.

Application de forceps; branche gauche la première, prise symétrique; quelques tractions soutenues dans l'axe du détroit supérieur engagent la tête sans difficulté. Descente et rotation faciles. Seconde prise en O. I. D. A.; dégagement sans déchirure du périnée d'un enfant de 3 kilos, que retenait un circulaire très serré d'un cordon de 59 centimètres. L'enfant est ranimé facilement.

OBSERVATION XV.

(Hôpital Boursier, Service du Professeur ANDÉRODIAS, 26 mars 1933.)

Forceps en O. I. D. A. — Longueur de la période d'expulsion : retrait de la tête dans l'intervalle des contractions. — Circulaire. — Cordon : 53 centimètres.

Mme N..., 30 ans, VIII-pare.

Première grossesse normale.

Deuxième grossesse normale.

Troisième, accouchement prématuré, enfant mort-né.

Quatrième grossesse normale.

Cinquième, accouchement prématuré, enfant mort à 5 jours.

Sixième, avortement troisième mois.

Septième, avortement avec curetage.

Huitième grossesse, actuelle. Grossesse normale. Présentation en O. I. G. A.

Forceps dans l'excavation en G. A. pour longueur de la période d'expulsion : les contractions utérines énergiques provoquant la descente de la tête, qui est à la partie inférieure de l'excavation, mais dans l'intervalle la tête remonte aussitôt. Au bout d'une heure et demie, on décide une intervention au forceps; prise en G. A., mais l'instrument tourne aussitôt en directe, et la tête ne sort pas. Des tractions modérées ne peuvent l'abaisser. Nouvelle prise en G. T., qui paraît oblique, mais amène cependant sans trop de difficulté la descente de la tête. On dégage à la main sur

le périnée, en complétant la rotation de la tête, qui est retirée légèrement en oblique.

Circulaire du cordon serré. L'enfant crie immédiatement.

Dans ces trois observations, on peut noter, à côté de la lenteur du travail dans la première, un arrêt de la dilatation qui a dû être terminée artificiellement; dans la seconde, un défaut de rotation qui doit être l'objet d'une application de forceps; dans la troisième, une longueur de la période d'expulsion avec signe de descente et de retrait de la tête.

Dans les observations III, IV et V, on note aussi la lenteur du travail et ses conséquences, qui ont nécessité une intervention.

D'autres signes ont été décrits : « Des douleurs rejaillissent vers le rein, dit Mauriceau, mais ces douleurs sont difficiles à attribuer à leur véritable cause. Le Professeur Badin cite trois cas de douleurs si pénibles qu'elles avaient nécessité l'anesthésie chloroformique complète; mais, lors de l'accouchement, on n'eut point à constater la brièveté du cordon.

La fixité de la douleur en un point de l'utérus se trouve, d'après Guillemot, au point d'insertion du placenta; Nœgelé, Velpeau, ne lui reconnaissent pas ce point fixe.

Dans l'observation X, nous rencontrons cette douleur, localisée sur un point précis de l'utérus.

La rénitence, ou tétanisation de l'utérus, est un symptôme décrit par Devilliers.

Leroy insiste sur l'hémorragie pendant le travail. Elle se produit ordinairement quand, la poche des eaux rompue, la tête descend dans l'excavation; le cordon tiraille le placenta, qui se décolle si les attaches ne sont pas suffisantes. Cette hémorragie a lieu en dehors des contractions, parce que la tête ne peut plus servir de tampon.

Il faut tenir compte aussi : du « souffle ombilical » et de l'arythmie du cœur fœtal, dus aux circulaires trop serrés; de l'écoulement du méconium; ce sont des symptômes qui, joints aux autres, peuvent mettre sur la voie (obs. IV et VI).

Des auteurs aussi insistent sur l'hyperthermie, qui aurait été constatée souvent dans ces genres de dystocies; parmi nos observations, on peut noter une légère élévation de température (obs. V).

Nous terminerons la symptomatologie par ce que l'on a appelé la « rétrocession du travail ». Le Docteur Joy, dans sa thèse (Paris, 1893), a insisté sur cette particularité, déjà signalée par quelques auteurs seulement.

Le Docteur Joy conclut : « Lorsqu'une femme en travail présente un ou plusieurs signes qui peuvent faire supposer la brièveté du cordon, que la mère et le fœtus ne sont pas en danger, il ne faut jamais rompre la poche des eaux avant dilatation complète, parce qu'une rétrocession du travail peut surprendre l'accoucheur, et la poche des eaux rompue peut amener l'infection. »

Velpeau cite 6 observations à ce sujet.

Mme Boivin, 3 observations.

Charrier, 5 observations.

Voici l'observation du Docteur Joy, qui est typique.

OBSERVATION XVI (Résumée.)

(Dr Joy.)

Rétrocession du travail.

Mme S..., Plaine-Saint-Denis (Seine), 32 ans, II-pare; première grossesse normale, premier accouchement normal.

Seconde grossesse normale : présentation en O. I. G. A.

Le 10 juin 1887, premières douleurs à 9 heures du matin. Le col de l'utérus, sous l'influence des contractions, s'efface et se dilate jusqu'à 5 francs; à ce moment, c'est-à-dire vers 3 heures, dès que la douleur cesse, le col revient sur lui. Vers 6 heures, les douleurs étant plus fortes, l'engagement de la tête a lieu, et le col reste dilaté après la contraction.

A 9 heures. dilatation complète, mais les membranes ne sont

pas rompues encore; à ce moment, les douleurs cessent petit à petit, la tête remonte, le col revient sur lui-même, et reprend sa longueur. Le lendemain, la femme reprenait ses occupations, et ce n'est que le 23 juin suivant, c'est-à-dire treize jours après, que l'accouchement eut lieu. La tête fœtale sortie, on constata la présence de deux circulaires, qui furent rabattus avec difficulté. Le placenta suivit immédiatement l'extraction du fœtus, excessivement cyanosé; la longueur du cordon était de 54 centimètres.

PRONOSTIC

Le pronostic est le plus souvent bénin : des cordons de longueur moyenne, faisant un ou deux circulaires, ce qui entraîne une brièveté accidentelle, devraient, si on applique les lois établies par Leray, élève de Tarnier, amener des troubles, sinon pendant la grossesse, du moins pendant l'accouchement; il n'en est rien; le cordon peut même manquer complètement, comme dans le cas de Schlafer, et la même terminaison heureuse se produira.

Sans exagérer les choses pendant la grossesse, il peut se produire des accidents qui surviennent à n'importe quel moment, mais principalement vers le terme de la grossesse, et qui vont même jusqu'à l'interrompre. Nous voulons parler du décollement du placenta normalement inséré, signalé par les auteurs, et de l'hémorragie qui s'ensuit. Cette hémorragie survient insidieusement ou à la suite d'une opération intempestive telle que la version par manœuvres externes, surtout si celle-ci est exécutée malgré l'opposition qu'on ressent. Rousseau-Dumarcet, dans sa thèse (Paris, 1892), rapporte deux observations (dont nous donnons l'une d'entre elles) de deux cas d'hémorragie rétroplacentaire. Mauriceau, le premier, avait admis cette cause. Dans son *Traité des maladies des femmes grosses*, il dit : « J'ai souvent remarqué que la longueur du cordon de l'ombilic, étant beaucoup raccourcie par plusieurs contours qui environnent quelquefois le col de l'enfant, fait pour lors que l'enfant, qui est aussi bridé par ce cordon, ne peut presque se remuer qu'il ne tiraille l'arrière-faix, où il est attaché, et n'en fasse en même temps un détachement d'avec la matrice, qui cause aussitôt une

perte de sang d'autant plus grande et dangereuse que ce détachement est grand. »

Jacquemier ne l'admet pas : « Avant la rupture des membranes, il est impossible que la brièveté du cordon, soit naturelle, soit accidentelle, trouble le travail et soit une cause de danger pour le fœtus. »

Nous rapportons ici deux observations, où le décollement du placenta a amené la mort de la mère dans l'une d'entre elles.

OBSERVATION XVII.

(M. Th. GUIRAUDEAU, *Bulletin de la Société obstétricale et gynécologique*, 1933, p. 361.)

Décollement prématuré du placenta normalement inséré par brièveté naturelle du cordon ombilical (8 cm.)

Le 14 novembre, je suis appelé auprès d'une multipare de 46 ans, enceinte pour la dixième fois.

Première grossesse il y a vingt-trois ans;

Dernière grossesse il y a six ans.

Six enfants sont vivants, en bonne santé. Ni avortement, ni maladie, mais usure précoce par le travail et les nombreuses grossesses.

Dernières règles le 11 mai. Le 26 septembre, départ pour les vendanges. Dès le troisième jour, apparition d'une hémorragie par les voies génitales. Cette perte de sang, qui va se renouveler pendant plusieurs semaines, l'inquiétera fort peu, jusqu'au jour où, trop faible pour assurer son ménage, elle appellera le médecin. Elle est en hypothermie, avec pouls filiforme à 98. Etat général franchement mauvais.

Utérus cordiforme, dépassant à peine l'ombilic. Dans sa moitié gauche (le liquide étant peu abondant et la femme très maigre), on perçoit très facilement un fœtus orienté tête en bas, dos à gauche. Bruits du cœur positifs. Le col est mou, évasé en forme d'en-

tonnoir, mais l'orifice interne n'est pas perméable au doigt. Par le toucher, l'exploration confirme l'impression, par le palper, qu'il n'y a pas de placenta prævia. Dans la perspective d'une aggravation brutale, je conseille à cette femme, sans succès, d'entrer à la Maternité. Je prescris le lit, du calcional, et l'extrait thébaïque. Légère accalmie, mais le 17 novembre, après hémorragie grave, la malade est transportée à la Maternité. Pas de température, pas de travail; bruits du cœur positifs. Je décide l'expectative armée : on se borne à remonter la malade avec du sérum et à administrer du chlorure de Ca. Amélioration et, le 4 décembre, retour de la malade chez elle. Cinq heures après, elle nous revient en plein avortement. Le sommet se présente à la vulve, mais s'immobilise anormalement à cet orifice, malgré le petit volume de la tête fœtale. Il faut aider par expression la parturiente pour l'expulsion du fœtus, dont l'abdomen reste étroitement appliqué contre la vulve : ligature au ras du nombril. Presque aussitôt, expulsion en masse d'un placenta de 400 grammes; pas d'hémorragie. Le fœtus pèse 680 grammes, et meurt aussitôt. Le cordon mesure 8 centimètres. Suites apyrétiques.

OBSERVATION XVIII.

(M. PINARD, leçon du 20 novembre 1891 à la Clinique de Baudelocque. — Citée dans la thèse de ROUSSEAU-DUMARCET.)

Décollement du placenta par brièveté accidentelle du cordon.

La nommée X..., grande multipare, fut apportée le 9 mai 1884 à l'Hôpital Lariboisière. Cette femme en était à sa onzième grossesse et à 8 mois 1/2 de cette dernière grossesse. Elle avait toujours été bien portante jusqu'à ce jour. En ramassant de l'herbe à Aubervilliers, elle fut prise tout à coup d'une grande douleur au ventre et perdit du sang. On la transporta à l'Hôpital Bichat, puis de là chez une sage-femme, et enfin à l'Hôpital Lariboisière, où elle arriva exsangue.

On fit tout d'abord le diagnostic d'insertion vicieuse du placenta, et, en l'absence de M. Pinard, on pratiqua le tamponnement; mais, malgré les soins qui lui furent donnés, cette femme mourut douze heures après.

En pratiquant l'autopsie, on trouva l'œuf intact et décollé de toutes parts. L'ouverture pratiquée dans l'œuf permit de voir que le cordon ombilical faisait un nœud autour du pied de l'enfant.

L'enfant, par ses mouvements actifs, avait exercé des tiraillements sur le cordon, et il s'en était suivi une hémorragie, qui amena la mort de la mère.

Quelquefois, l'hémorragie rétroplacentaire est seule en jeu et la scène est moins bruyante. Si bien qu'elle ne se manifeste extérieurement par aucun symptôme alarmant et, sans effusion de sang, la grossesse peut évoluer jusqu'à terme.

Pendant le travail, des conséquences graves peuvent survenir, dues à la longueur exagérée du travail : l'inertie utérine, l'inversion utérine, celle-ci signalée par quelques auteurs; affaiblissement et syncope de la parturiente; hémorragie ou suintement sanguin apparaissant à la vulve dans l'intervalle des contractions; tous ces accidents sont une indication de terminer l'accouchement par intervention.

Du côté du fœtus, des accidents beaucoup plus graves sont constatés; celui-ci, c'est facile à comprendre, paie un plus lourd tribut par rapport à la mère. Des accidents beaucoup plus graves sont constatés. Leray insiste sur certains : le fœtus peut mourir avant l'engagement par trouble de la circulation; la compression du cordon, par suite de la striction de plus en plus grande des circulaires autour des diverses parties du corps; la circulation peut être arrêtée, la vie du fœtus en danger; si l'accouchement n'est pas immédiatement terminé, le fœtus peut mourir par véritable strangulation. Dans d'autres cas, le fœtus peut être victime d'accidents qui peuvent ne pas avoir de retentissement sur son existence, mais qui peuvent être la cause d'infirmités les plus diverses.

Trois observations illustreront ce qui vient d'être avancé.

OBSERVATION XIX.

(Hôpital Boursier, Service du Professeur ANDÉRODIAS, 3 févr. 1932.)

Enfant mort (tête au-dessus de détroit supérieur avec circulaire du cordon). — Basiotripsie.

Mme D..., II-pare, 28 ans.

Première grossesse en 1931. Avortement de 2 mois 1/2.

Présentation O. I. G. T.

Température, 37°4. Pouls, 104.

Début du travail, mardi 2 février, à 9 heures.

Rupture des membranes précoce le 2 février, à 15 heures.

Liquide amniotique, teinté de méconium.

La malade est apportée à l'Hôpital Boursier le 3 février 1932, envoyée par son médecin de Condillac pour non-engagement de la tête et souffrance fœtale.

Le travail aurait débuté vingt-sept heures auparavant.

Purée de méconium; liquide fétide.

Température, 37°4. Pouls, 104.

Bruits de cœur fœtal disparus.

Basiotripsie sous anesthésie chloroformique, sans incident; réduction parfaite de la base. Extraction facile, sauf de légères difficultés aux épaules. Circulaire serré du cordon, qui mesure 43 centimètres.

OBSERVATION XX.

(M. LAURENTIE, *Société d'obstétrique et de gynécologie de Toulouse*, année 1927, p. 368.)

De quelques méfaits dus aux circulaires du cordon.

Z... (M.), 28 ans, entre à la Maternité française de Beyrouth, en travail, le 16 juin 1926. Mariée depuis sept ans, elle a une fille âgée de 5 ans, bien portante. L'accouchement se fait le jour même, en présentation du siège complet. Au moment de l'expulsion du

siège, on constate plusieurs circulaires au niveau des membres inférieurs. Section du cordon entre deux pinces. Relèvement du bras; l'abaissement du bras gauche s'accompagne d'une fracture de l'humérus. L'enfant naît vivant. Son poids est de 2.700 grammes; le placenta, 700 grammes. Comme on le voit, son membre inférieur gauche porte immédiatement au-dessous de l'articulation de la hanche un sillon très profond creusé par un circulaire, au niveau duquel les parties molles sont considérablement atrophiées. Deuxième sillon, provoqué par un nouveau circulaire au tiers inférieur de la jambe, un peu moins prononcé, avec le pied sous-jacent en varus équin : entre les deux sillons, les chairs sont tuméfiées et considérablement déformées. Le membre inférieur droit présente un sillon moins prononcé au niveau du tiers inférieur de la jambe; pied en varus équin.

OBSERVATION XXI.

(*Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Toulouse*, année 1927, p. 568.)

M. A..., 30 ans, se présente le 7 décembre 1926 à la Maternité française, avec grossesse à terme. Multipare ayant déjà eu deux accouchements à terme avec enfants encore vivants, et il y a deux ans un avortement de cause inconnue. Elle ne sent plus remuer depuis quelques jours, et, effectivement, à l'auscultation, on n'entend pas les bruits du cœur. Pas d'albumine.

Le jour même, elle accouche normalement en présentation du sommet; liquide amniotique rougeâtre; au moment du dégagement de la tête, on voit que l'enfant a cinq circulaires serrés autour du cou. Section entre deux pinces; le fœtus, de 3.200 grammes, est macéré et mort depuis une huitaine de jours environ. Il existe un sillon sur le cou, qui s'efface du reste rapidement. Le cordon mesure 1 m. 30 de longueur.

A vrai dire, il semble que, malgré ces trois observations, qui donnent un aperçu sur les conséquences fâcheuses de briè-

veté du cordon, et surtout des circulaires, qu'on ait beaucoup exagéré, et en particulier Leray, ces cas de mort du fœtus ou ces cas où l'enfant naît infirme pour la vie. En effet, écoutons ce que dit Camus, dans sa thèse récente intitulée : *De la bénignité habituelle des circulaires du cordon* (Paris, 1926), où il fait le procès des circulaires accusés souvent à tort d'accidents les plus divers : « Dans les trois quarts des cas, l'enfant naît avec circulaire sans en avoir souffert; quelquefois, les bruits du cœur sont modifiés, et le liquide amniotique est teinté en vert; quant aux hémorragies rétro-placentaires, elles doivent être rapportées à une cause telle que l'endométrite et ne sont jamais la conséquence des circulaires. La rupture du cordon, l'inversion utérine, sont des accidents que les auteurs eux-mêmes considèrent comme exceptionnels. »

Le pronostic des circulaires est donc généralement bénin pour le fœtus; c'est ce qui ressort des statistiques : Chanteuil donne 1 mort sur 120 cas de circulaires. Les chiffres de Mayer et de Veit se rapprochent sensiblement de celui-ci (0,30 à 0,35 pour 10 mortalités). Ce qui prouve que si les circulaires du cordon amènent parfois la souffrance du fœtus, ils occasionnent rarement la mort.

Quant aux accidents propres au cordon, des auteurs ont parlé d'étirement, d'élongation, fait difficile à constater tant qu'il n'y a pas de désordres graves.

La déchirure et la rupture ont été constatées, mais il ne semble pas qu'il faille *a priori* rapporter la déchirure et la rupture du cordon à la seule cause de brièveté.

En effet, Fabignon, dans sa thèse intitulée : *Rupture spontanée du cordon ombilical* (Paris, 1908), dit : « Si maintenant nous envisageons la brièveté du cordon dans ses rapports avec la rupture même de cet organe, voici le résultat que nous trouvons en consultant nos observations : ... au-dessus de 40 centimètres, la rupture est presque aussi fréquente qu'au-dessous; en sorte qu'il semble bien que le rôle de brièveté du cordon ait été un peu exagéré et qu'il ne

saurait avoir la part prépondérante dans l'étiologie de la rupture spontanée de la tige funiculaire. »

Voici cependant une observation d'un cas de rupture de cordon assez intéressante :

OBSERVATION XXII.

(*The Journal of the American Medical Association*,
vol. LVI, n° 24, p. 1792.)

*Rapport d'un cas de rupture traumatique du cordon ombilical
dans la paroi abdominale à la naissance.*

Il s'agit d'une présentation en droite occipito-antérieure, travail normal, circulaire serré autour du cou, que l'on essaie de faire glisser. On tire sur le cordon, qui ne se prête pas et s'arrache. On extrait rapidement le corps, et l'on s'aperçoit qu'il s'agit d'une rupture du cordon ombilical dans l'épaisseur de la paroi abdominale, avec lambeaux si rétractés qu'il est impossible de les saisir avec des pinces. Hémorragie peu abondante. Le cordon mesurait 35 centimètres. Pansement changé au bout de huit heures; pas d'hémorragie, mais léger suintement. La quantité de sang perdu n'excède pas 22 grammes. L'ombilic guérit d'une façon normale.

DIAGNOSTIC

Il est très difficile, sinon impossible de diagnostiquer la brièveté naturelle du cordon pendant la grossesse. La brièveté accidentelle est quelquefois soupçonnée, par suite des circulaires, qui peuvent se reconnaître surtout par la palpation et l'auscultation.

Scanzoni a dit : « Tout observateur attentif accordera certainement que si l'on voulait vraiment attacher quelque importance aux phénomènes mentionnés par les auteurs, il faudrait nécessairement admettre dans presque tous les accouchements une brièveté du cordon ombilical. »

I. — *Signes pendant la grossesse.*

Bien des auteurs, comme Charrier, Wincke, ont senti, à travers la paroi abdominale, des circulaires sur le dos du fœtus. Leray dit, lui aussi, les avoir senties. Le souffle isochrone au pouls fœtal, signe décrit par Depaul, avait quelque valeur. M. Le Lorier a dit, à propos du diagnostic des circulaires du cordon : « Dans un cas, j'ai pu faire le diagnostic en me basant sur ce fait que, lorsque j'appuyais sur la région latérale du cou du fœtus, l'auscultation simultanée permettait de constater un arrêt brusque des battements cardiaques. L'accouchement confirma le diagnostic. »

Le toucher vaginal et le toucher rectal ont été préconisés par les auteurs pour atteindre les circulaires, mais c'est chose souvent impossible.

II. — *Signes au terme de la grossesse.*

Le palper abdominal et l'auscultation peuvent fournir dans quelques cas de bonnes indications. La persistance de l'élévation de l'utérus est un bon signe, au dire de certains auteurs, mais il peut être produit dans d'autres conditions, qui retiennent élevée la partie fœtale : rétrécissement du bassin, grande quantité du liquide amniotique, excès de développement du fœtus. La douleur localisée en un point fixe de l'utérus est un bon signe.

Chez une primipare, à la fin de la grossesse, la tête étant fortement engagée, on peut pratiquer le toucher rectal, préconisé par Haacke, pour faire le diagnostic de circulaire du cordon autour du cou.

Une hémorragie trop abondante, associée à d'autres symptômes, peut également mettre sur la voie du diagnostic; de même, l'impossibilité de faire la version par manœuvre externe.

III. — *Signes pendant l'accouchement.*

La longueur du travail, associée ou non à la descente suivie du retrait de la tête sont les signes les plus constants; la douleur localisée, l'hémorragie après chaque douleur, la rétrocession du travail, sont des signes rarement observés.

Le toucher vaginal est possible quand la tête est en partie dégagée, les organes maternels larges et le fœtus petit; mais à ce moment les complications sont moins à craindre.

TRAITEMENT

I. — *Pendant la grossesse.*

Si le diagnostic est fait (ce qui ne se rencontre que dans un petit nombre de cas), il faudra s'abstenir de toute manœuvre préjudiciable, si surtout l'on a affaire à une présentation du siège : la version par manœuvres externes est contre-indiquée. Dans le cas où ce serait lors d'une tentative de version que l'anomalie aurait été découverte, il ne faudrait pas persister, car, de l'avis de beaucoup d'auteurs, des cas d'hémorragie et même d'interruption de la grossesse ont été signalés comme conséquences graves.

L'hémorragie spontanée par décollement du placenta devra être soignée par le repos absolu et le traitement approprié, afin de permettre à la grossesse de suivre son cours; les faits ont prouvé que c'était chose possible.

II. — *Pendant le travail et l'accouchement.*

Quand des circulaires se présentent au cou du fœtus lors de l'expulsion, et que ces circulaires ne peuvent pas être réduits par le procédé simple, c'est-à-dire en les rabattant par-dessus la tête, il y a lieu de les sectionner entre deux pinces hémostatiques; de même aussi, lorsque le siège se présente à cheval sur le cordon; ce procédé donne de bons résultats, l'accouchement se terminant rapidement le plus souvent.

Il existe un autre procédé, décrit à Bordeaux pour la pre-

mière fois en 1898, qui consiste, sans sectionner le cordon, à aller chercher le bras du fœtus, qui se présente à la partie antérieure de la vulve et à le faire passer entre les circulaires et le cou fœtal; ceux-ci glissent sous l'aisselle; même opération pour l'autre bras du fœtus, qui se trouve à la partie postérieure; l'accouchement peut se terminer très facilement; des observations très démonstratives ont été rapportées.

Les indications du forceps sont multiples : la lenteur du travail, qui entraîne l'épuisement de la mère, l'inertie utérine et la souffrance du fœtus. La souffrance du fœtus, à elle seule, est aussi une indication : tachycardie, affaiblissement des bruits du cœur fœtal, rejet de méconium; souffle ombilical. L'hémorragie interne par décollement du placenta, l'hémorragie rétroplacentaire, la rupture du cordon (ce dernier accident étant extrêmement rare), une application de forceps doit hâter la fin de l'accouchement, après dilatation artificielle du col s'il y a lieu.

L'application de forceps, dans les cas de brièveté du cordon ombilical, est employée depuis longtemps. Plus récemment, un nouveau mode de traitement semble gagner du terrain; et, dans des cas désespérés, la vie du fœtus a pu être conservée et des complications graves épargnées à la mère; nous voulons parler de l'opération césarienne, et même il semble que son indication soit franchement établie dans certains cas désespérés. En effet, l'Ecole bordelaise nous indique les conditions dans lesquelles il faut recourir, soit à l'application de forceps, soit à l'opération césarienne.

« Si nous consultons les traités les plus récents d'obstétrique, nous voyons que, malgré le sombre pronostic réservé au fœtus, le seul traitement conseillé est l'application du forceps. Il est incontestable qu'à côté du forceps, il faille faire une place à l'opération césarienne.

» Que le diagnostic de brièveté absolue ou relative du cordon soit soupçonné ou non, si la tête reste élevée après un travail prolongé jusqu'à ses limites raisonnables, il faudra bien se résoudre à la césarienne.

» Si au contraire, la tête descend dans l'excavation pendant les contractions pour être rappelée au détroit supérieur pendant leur intervalle, une application du forceps pourra être tentée et donnera en général un bon résultat. Si la tête est engagée, la question ne se pose plus; seule l'application du forceps est indiquée. » (1).

Consulter à cet effet les observations I et XIV principalement.

(1) Professeur Andérodias et Docteur Mahon, *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux*, année 1933, p. 292.

CONCLUSION

La brièveté du cordon, soit naturelle, soit accidentelle, a été beaucoup étudiée par les auteurs de la fin du xvii^e siècle et par ceux du xviii^e siècle.

Des travaux plus récents montrent que certains de ces auteurs sont allés trop loin dans leurs affirmations.

Le diagnostic est très difficile, sinon impossible, pendant la grossesse; des symptômes non pathognomoniques peuvent faire soupçonner l'anomalie pendant le travail.

Si la brièveté du cordon amène quelques complications qui peuvent avoir leur gravité, celles-ci sont rarement fatales pour le fœtus; elles n'offrent qu'un danger minime pour la mère.

Aujourd'hui, l'opération césarienne, comme l'application de forceps, semble avoir des indications assez bien délimitées.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. PERY.

VU : *Le Doyen,*

PIERRE MAURIAÇ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 4 janvier 1933.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- PEU. — Pratique des accouchements, 1694.
- MAURICEAU. — Maladies des femmes grosses et celles qui sont accouchées, 1721.
- SMELLIC. — Traité des accouchements, 1754.
- PUZOS. — Traité des accouchements, 1759.
- LEVRET. — Art des accouchements, 1761.
- DE LA MOTTE. — Traité complet des accouchements, 1781.
- BURTON. — Système complet de l'art des accouchements théorique et pratique, 1771.
- LEROUX. — Observations sur les pertes de sang, 1776.
- BEAUDELOQUE. — Traité de l'art des accouchements, 1822.
- Mme LACHAPELLE. — Pratique des accouchements, 1821.
- DEPAUL. — Auscultation obstétricale, 1847.
- JACQUEMIER. — Traité d'accouchement, 1846.
- CHARRIER. — *Gazette des hôpitaux*, 4 avril 1867.
- NÖGELÉ. — Traité des accouchements, 1869.
- UILLEMOT. — *Gazette hebdomadaire universelle*, 1850.
- TARNIER. — Pratique d'art des accouchements, 1868.
- DEVILLIERS. — Recueil d'obstétrique, 1862.
- COMPAGNON. — Du cordon ombilical considéré au point de vue de sa longueur. Paris, 1879.
- GRYNFELT. — Quelques réflexions sur la version externe. Thèse Montpellier, 1882.
- DOLÉRIS. — Note sur un cas singulier d'enroulement d'un cordon autour du cou de l'enfant. *Archives de toxicologie*, Paris, 1880, VII, p. 107-110.
- GRYNFELT. — Quelques réflexions sur la version par manœuvre externe, 1882.

- DE LAMARRE. — De la ténacité et rupture du cordon ombilical. Thèse Paris, 1888.
- ROUSSEAU-DUMARCET. — Du décollement prématuré du placenta normalement inséré. Thèse Paris, 1892.
- LEFOUR. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1889-1890, XVIII, p. 29.
- LERAY. — Etudes sur la brièveté du cordon. Thèse Paris, 1893.
- JOY. — Brièveté du cordon et rétrocession du travail. Thèse Paris, 1895.
- CAYROL. — Brièveté du cordon. Paris, 1904.
- FABIGNON. — Ruptures spontanées du cordon. Thèse Paris, 1907.
- LARCHER. — De la longueur du cordon ombilical. Thèse Paris, 1907.
- ZAMINÈS. — Nouveau procédé de réduction du circulaire du cordon. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1898, p. 259.
- CAMUS. — De la bénignité habituelle des circulaires du cordon. Thèse Paris, 1926.
- GAY. — Dystocie par brièveté du cordon. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1928, p. 334.
- TACCANI (G.). — Il cordone ombellicale causa di ditocia. *Arte ostet.*, 45, 161-172, 30 nov. 1931.
- Professeur ANDÉRODIAS et Docteur MAHON. — Césarienne basse pour dystocie par brièveté absolue du cordon dans un bassin légèrement rétréci. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 291-292, année 1933.

